

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Husslein P

Beckenendlage - ein gelöstes Problem

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2000; 18 (4)
(Ausgabe für Schweiz), 4-4*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2000; 18 (4)
(Ausgabe für Österreich), 4-5*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk
aus dem *Schneeberg*
L A N D



www.waldweihrauch.at

Beckenendlage – ein gelöstes Problem

P. Husslein

Kaum ein anderes Thema hat die Geburtshilfe so stark beschäftigt wie die Beckenendlage (BEL), kaum ein Thema hat aber auch bedauerlicherweise so viele gerichtliche Auseinandersetzungen nach sich gezogen. Dabei scheint nach Ansicht des Autors die Faktenlage aufgrund der intensiven, vielschichtigen Beschäftigung mit diesem Thema viel klarer als in anderen geburtshilflichen Bereichen.

■ Die **Grundlage medizinischer Überlegungen** bei der Beckenendlage sind der Bericht der Standardkommission „Beckenendlage“, der im Auftrag des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin unter Einbeziehung einschlägiger Experten zustande gekommen ist und an mehreren Stellen publiziert wurde [1, 2]. Neuere medizinische Daten, sowie aktuelle Diagnostik- und Behandlungsansätze sind dem hervorragenden Buch von Feige und Krause „Beckenendlage“, Urban & Schwarzenberg 1998, zu entnehmen. Eine ganz rezente, methodisch kaum angreifbare, prospektiv randomisierte, internationale Multizenterstudie hat anhand von 2.088 Frauen mit Beckenendlage in Terminnähe einen klaren Vorteil zugunsten der geplanten Sectio zeigen können. Sowohl die perinatale Mortalität als auch die neonatale Mortalität bzw. ernste Morbidität war in der geplanten Sectiogruppe niedriger als in der geplanten vaginalen Entbindungsgruppe (17 von 1.039 – 1,6 % versus 52 von 1.039 – 5 %) – relatives Risiko 0,33 (95 % CI 0,19 bis 0,56; $p < 0,001$) [3].

■ Nachdem trotz medizinisch korrekter Vorgangsweise bei Durchführung einer vaginalen Beckenendlagegeburt offenbar trotzdem ein zwar kleines, aber vorhandenes **Risiko für unerwartete Probleme** mit sehr ernsten Folgen (kindlicher Todesfall, neonatale Krämpfe, Nerven-

läsion etc.) vorliegt, fordert die derzeitige Rechtssprechung – zurecht – eine diesbezügliche Information an die betroffene Schwangere.

■ Der zunehmenden Bedeutung des Patientenwillens entsprechend ist daher zeitgerecht ein **Aufklärungsgespräch** über den einzuschlagenden Geburtsmodus zu führen, in dem die elektive Sectio zumindest als Behandlungsalternative ins Spiel gebracht werden muß.

Voraussetzungen für die Durchführung einer vaginalen Beckenendlagenentwicklung sind daher (von unvorhersehbaren Notfällen *sub partu* abgesehen) zur Zeit:

- der diesbezügliche Wunsch einer umfassend aufgeklärten Schwangeren,
- die dafür notwendigen rein medizinischen Voraussetzungen (z. B. Fehlen von Kontraindikationen, Einhalten von Richtlinien etc.),
- die notwendige Infrastruktur (z. B. sofortige Sectio- und Anästhesiebereitschaft, Möglichkeit, die geforderte Entscheidungs-Entbindungszeit von unter 20 Minuten immer einzuhalten, rund um die Uhr Anwesenheit eines Facharztes für Geburtshilfe sowie eines Facharztes für Neonatologie),
- die ausreichende persönliche Erfahrung des Geburtshelfers mit der vaginalen Beckenendlagenentwicklung.

Hauptproblem im Zusammenhang mit der vaginalen Beckenendlagegeburt ist zweifelsohne die zunehmende Diskrepanz zwischen der Anzahl auszubildender Geburtshelfer und der für eine vaginale Geburtsbeendigung in Frage kommenden Beckenendlagen. Einer eingehenden diesbezüglichen Untersuchung aus England und Australien [4] kann man entnehmen, daß in diesen beiden Ländern, in denen gerade im Verhältnis zu Österreich wesentlich weniger Fachärzte ausgebildet werden, bereits jetzt in einem beträchtlichen Teil der Ausbildungszentren auf einen Auszubildenden weniger als eine Beckenendlageentwicklung auf 6 Monate Ausbildung entfallen.

Unter Zugrundelegung tatsächlicher Ziffern (Anzahl der Geburten, in Ausbildung stehende Ärzte und Fachärzte) kann man leicht nachweisen, daß auch in Österreich nur in ganz wenigen Spitälern eine adäquate Ausbildung – bei Erhalt der Erfahrung der Fachärzte – gewährleistet ist (zum Teil nur rund 1 vaginale Beckenendlageentwicklung pro Auszubildenden/Jahr) und das, obwohl die Sectiofrequenz in Österreich für

Beckenendlagen wahrscheinlich nicht ganz so hoch liegen dürfte, wie beispielsweise in der Bundesrepublik Deutschland. Aus der Bayerischen Perinatalerhebung von 1998 lassen sich zum Thema Beckenendlage nämlich folgende Daten ablesen:

Bei einer Gesamtbeckenendlagenrate von 4,8 % hatte die Erstgebärende eine 78,6%ige Wahrscheinlichkeit, die Geburt durch primäre und eine 15,8%ige Wahrscheinlichkeit, ihre Geburt durch eine sekundäre Sectio zu beenden. Daraus ergibt sich, daß 1998 in Bayern nur insgesamt 5,6 % der Erstgebärenden mit Beckenendlage eine vaginale Geburt erleben konnten. Umgekehrt betrachtet heißt das aber auch, daß zwar 21,4 % den Versuch einer vaginalen Beckenendlagegeburt unternommen haben, davon aber bei 73,8 % letztlich *sub partu* doch eine sekundäre oder sogar eine Notfall-Sectio vorgenommen werden mußte [5].

Nachdem die Komplikationsrate (Mortalität, Morbidität, aber auch psychologische Belastung) bei der sekundären und vor allem bei der Notfall-Sectio deutlich höher als bei der primären Sectio liegt, ist dies nach Ansicht des Autors eine Ziffer, die bei der Beratung über den Entbindungsmodus einfließen muß.

Zukunftsperspektive

Die laufende Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Sectio hat dazu geführt, daß sowohl die Mortalität als auch die Morbidität speziell bei der geplanten Sectio drastisch abgesunken sind. Der zunehmende Trend zu älteren Erstgebärenden und der zwar bedauerliche, aber stete Rückgang der Bereitschaft unserer Bevölkerung, mehr als ein Kind pro Familie zu gebären (derzeit 1,3 Kinder/Familie in Österreich), wird die Anzahl für eine vaginale Beckenendlageentwicklung günstiger Fälle weiter reduzieren. Damit wird die Perspektive des Vergleichs zwischen Sectio und vaginaler Beckenendlageentwicklung laufend zugunsten der Sectio verändert.

Die Folge davon ist, daß sich nach entsprechender Aufklärung, die u.a. auch die Information über die neuesten einschlägigen Studien [3, 6] beinhalten sollte, immer mehr Frauen für eine Sectio als Geburtsalternative entscheiden werden. Damit wird aber auch die Ausbildungssituation für die vaginale Beckenendlagegeburt zwangs-

läufig immer ungünstiger, sodaß über kurz oder lang kaum noch Zentren bzw. Geburtshelfer die notwendigen Voraussetzungen für die komplikationsarme vaginale Beckenendlagegeburtserfüllung erfüllen werden können, was eine weitere Verstärkung des Trends zur Sectio nach sich ziehen wird.

U. U. wird sich die derzeitige Konstellation – daß sich einzelne Spitäler zu Spezialzentren für die vaginale Beckenendlageentwicklung herausgebildet haben –, kurzfristig noch verstärken. Diese werden auf diese Weise noch eine Zeit lang ein Spezialbedürfnis des „geburtshilflichen Marktes“ erfüllen.

Diese Entwicklung mag nun unterschiedliche Reaktionen hervorrufen: Die einen werden – vornehmlich aus nostalgischen Überlegungen – dies als eine Verarmung des geburtshilflichen Angebotes ansehen, die anderen werden es als willkommenen Anlaß dafür sehen, sich mit anderen – wichtigeren – Themen der Geburtshilfe zu beschäftigen.

Tatsache ist, daß die Geburtshilfe der letzten 50 Jahre einen beträchtlichen Teil der mit der Geburt assoziierten Probleme gelöst hat, daß aber die Qualität der Schwangerenbetreuung leider nicht in der gleichen Form erhöht werden konnte. Noch immer haben wir das Problem der vorzeitigen Wehen nicht, das der Gestose nur unbefriedigend gelöst und die Interventionsmöglichkeiten bei angeborenen Fehlbildungen nur ansatzweise verbessert. Möglicherweise sollte daher in Zukunft tatsächlich eine Umorientierung unseres Faches von der Geburt hin zur Schwangerenbetreuung erfolgen.

*o. Univ.-Prof. Dr. med. Peter Husslein
Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien
Abteilung Geburtshilfe und Gynäkologie*

LITERATUR

1. Berg D. Beckenendlage. *Mitteilungsblatt der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin* 1985; 1: 20–7.
2. Berg D. Beckenendlage. *Perinatalmedizin* 1989; 1 (Sonderheft): 34–7.
3. Hannah ME et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000; 356: 1375–83.
4. Robson S et al. Registrar experience in vaginal breech delivery. How much is occurring? *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1999; 39: 215.
5. Berg D. Persönliche Mitteilung (10/2000).
6. Commentary. *Lancet* 2000; 356: 1368–9.

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)